

⑥ ケアマネジメントのプロセス

はじめに

- 本科目は複数のチャプターに分かれています。
- チャプターを順次、受講してください。
- 複数のチャプターを受講後、表示される中間テストを受けます。
- 全チャプターが終わった段階で、終了時の確認テストを行います。
- 確認テストが終了したら、研修記録シートに記録をして本科目の受講は終わりとなります。



※研修記録シートなど修了評価に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。

※チャプターの途中で受講をやめて再開することはできません。何らかの都合で中断する場合には、再度受講して頂く事になります。

それでは講義を始めます

【本資料の出典等に関する留意事項】

本資料は一般社団法人日本介護支援専門員協会、一般財団法人長寿社会開発センターが発行している法定研修テキスト（「二訂介護支援専門員研修テキスト」、「七訂介護支援専門員実務研修テキスト」）を参考に作成を行っています。

本科目の構成

- 本科目の構成は以下のとおりです。

Eラーニング	内容
●	(1) 本科目の目的、修得目標の確認
●	(2) 知識・技術の基本的理解
	<ul style="list-style-type: none">① ケアマネジメントプロセスの全体像と各過程の関連② 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割（1/2）<ul style="list-style-type: none">• インテーク• アセスメント• プランニング• サービス担当者会議• モニタリング及び評価• 終結及びフォローアップ③ 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割（2/2）<ul style="list-style-type: none">• 各プロセスにまたがって生じる業務
●	(3) 実践的に活用する上での留意点
	(4) 振り返り、修了評価

本科目の目的、修得目標の確認

本科目の目的

- 本科目の目的は以下のとおりです。

- ケアマネジメントプロセスの構成と流れを理解するとともに、各プロセスにおける意義・目的に関する知識の修得を目指します
- ケアマネジメントプロセスにおける各プロセスの相互の関係についての知識も修得できる内容としています

修得目標

- 本科目の修得目標は以下のとおりです。

- ① ケアマネジメントプロセスの構成と流れについて説明できる
- ② 各プロセスの意義と目的について説明できる
- ③ 各プロセスの関係性を述べることができる
- ④ ケアマネジメントプロセスの全体像について説明できる

修得目標



【個人ワーク】
10分

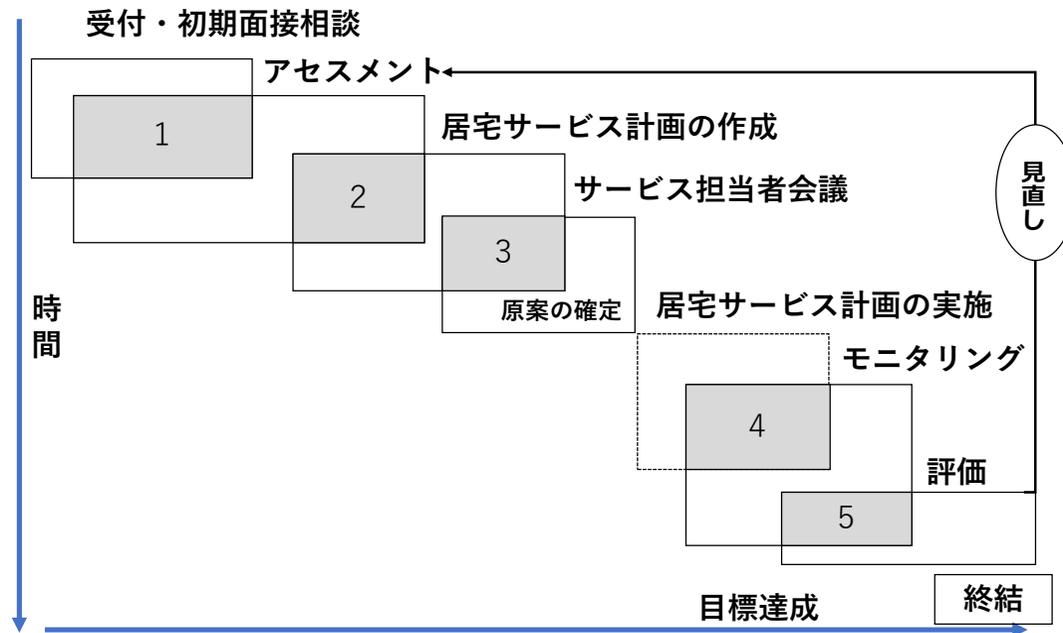
- 各目標の、現時点での自分の理解度を振り返り、本科目でどのようなことを学びたいか言葉にしてみましょう。

- ① ケアマネジメントプロセスの構成と流れについて説明できる
- ② 各プロセスの意義と目的について説明できる
- ③ 各プロセスの関係性を述べることができる
- ④ ケアマネジメントプロセスの全体像について説明できる

知識・技術の基本的理解

1. ケアマネジメントプロセスの全体像と各過程の関連 (1/2)

- ケアマネジメントのプロセスは、「インテーク」に始まり、「アセスメント」、「居宅サービス計画の作成」、「サービス担当者会議」、「居宅サービス計画の実施」、「モニタリング」、「評価」で構成されます。
- 評価の結果、支援の必要性がなくなった場合、「終結」となります。



(資料) 太田貞司・國光登志子編『対人援助職をめざす人のケアマネジメント—Learning10』
みらい、67頁、2007年、國光登志子作成を一部改変

1. ケアマネジメントプロセスの全体像と各過程の関連 (2/2)

- ケアマネジメントのプロセスは、実践の場面では、それぞれのプロセスが必ずしもそれぞれ独立して行われるわけではありません。
- 例えばインテークと契約、インテークとアセスメント、契約とアセスメント、インテークと契約とアセスメント、アセスメントと居宅サービス計画作成、モニタリングと再アセスメント等、同時に行われることもあります。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(1) インテーク (1 / 3)

- 受付及び初期面接相談をインテークと言い、申し出や通報による援助の最初の受付に相当します。
- インテークは利用者や家族との信頼関係を構築する重要な最初の段階です。
- インテークはスクリーニングの機能を持ちます。そのため、インテークではスクリーニングに必要な情報を収集します。
- スクリーニングとは直接的または間接的に利用を申し込んできた人が、ケアマネジメントの対象（＝介護保険の利用の対象）になるのかという確認作業を意味します。
- ケアマネジメントの対象であるかを問わず、虐待など緊急の対応が必要なケースの場合に緊急対応を行うことが必要です。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(1) インテーク (2 / 3)

- インテーク面談で得た情報にもとづき、ケアマネジメントによる援助の妥当性、相談を受けた機関で引き受けることが適切か、緊急性の有無等の判断を行います。
- 相談を受けた機関で引き受けることができない相談内容であった場合には、適切な機関を紹介します。
- スクリーニングが適切に機能するために介護支援専門員は、所属する機関の機能や業務内容の十分な理解、相談内容の判断に必要な情報収集力、判断力、関係する法令の知識、地域の他機関の情報の収集力などが必要となります。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(1) インテーク (3 / 3)

- 契約は重要事項の説明を経た上で行われる法律行為であり、「利用者本位」という介護保険制度の意義を実現し、利用者の尊厳を尊重した自己決定を保障するための仕組みです。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(2)アセスメント（1 / 5）

- アセスメントの機能はニーズの特定に向けた情報収集と課題分析の2つに分けられます。
- 介護支援専門員は利用者の現在の生活状況を正確に把握するための情報を収集し、その情報の整理・分析して、利用者にとっての課題を抽出します。
- アセスメントは介護支援専門員にとってのみ意味を持つのではなく、利用者にとっても、自らの置かれた状況や課題に気付くプロセスになるという意味を持ちます。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割 (2)アセスメント（2/5）

- 介護保険制度は、利用者の尊厳を保持し、利用者の自己決定を基本的な理念としています。
- したがって、アセスメントにおいてもまずは利用者や利用者の家族の意思や想いの聞きとりを行います。
- 利用者や家族の状況に関する聞き取りでは、利用者の生活全体を支える前提となる利用者及び家族の生活の意向や目標を捉えるとともに、生活課題を明らかにするための情報を収集します。
- ここで大切なことは、課題の抽出だけに偏ることなく、利用者や家族のストレングス（強み）を見出すことです。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割 (2)アセスメント（3 / 5）

- 収集した情報に基づいて利用者及び家族の生活の意向や生活課題を整理したうえで、解決すべき課題について、介護支援専門員として総合的に分析し、課題を抽出します。
- ただし、ここで抽出した課題は、介護支援専門員として捉えた課題であることに注意が必要です。
- したがって、利用者や家族とのコミュニケーションを通じて、利用者や家族も課題を捉えることを支援することが大切です。
- さらに、こうして捉えた課題をどうすれば解決できるか、目指す生活の実現に向けたニーズを実現できるか、介護支援専門員が利用者や家族とともに考えます。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割 (2)アセスメント（4 / 5）

- 介護支援専門員は、専門的援助関係として利用者とその家族との信頼関係の構築、利用者とその家族の意欲を高める関わりに留意することが必要です。
- アセスメントそのものが利用者とその家族が自らの置かれた状況、課題、解決策を認識する過程であり、介護支援専門員は、利用者や家族に気づきをうながす関わりを持つことが必要です。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割 (2)アセスメント（5 / 5）

- アセスメントを通して利用者とその家族が専門的援助関係として介護支援専門員との信頼関係を構築すると共に、課題解決に向けた利用者とその家族が意欲を高めていくことが重要です。
- なお、利用者や家族の意向や想い、ストレングスは一度の面接で収集できるものではありません。意欲によっても変化します。
- さらに、時間の経過や生活を取り巻く状況に応じて変化していくものであるため、継続して情報収集することが重要になります。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(3)プランニング（1/2）

- アセスメントを通じて把握したニーズや課題にもとづき、解決すべき課題に対する援助方針、援助目標、解決のための具体策を検討し、居宅サービス計画（ケアプラン）原案を作成します。
- その際、緊急性、重要度、利用者の希望を勘案して対応すべき優先順位をつけることが求められます。
- 利用者とその家族の意見等、利用者の援助に関わる（又は関わることが想定される）専門職の各専門的見地からの意見等を踏まえ、援助方針、援助目標、解決のための具体策を作成します。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(3)プランニング（2/2）

- 解決に必要なサービスについては、介護給付サービスのみでなく、自費サービスやインフォーマルサポート等の社会資源の活用も含め、計画に位置付けます。
- 社会資源を位置付ける際は、居宅サービス計画（ケアプラン）に基づいて作成される個別サービス計画の目標やサービスの展開に留意して作成を行うことが必要です。
- 居宅サービス計画（ケアプラン）原案を利用者及び家族に説明して意向が反映されているかを確認するとともに、関係者の意見をすり合わせます。
- こうして作成したサービス計画（居宅サービス計画）で利用者とその家族の同意を得て成案とします。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(4) サービス担当者会議（1/2）

- サービス担当者会議は、利用者と家族の参加を原則として、ケアチームを構成するサービス提供事業者の関係者や、他の専門職と共に利用者を支援していく方向性を定める場です。
 - まず利用者に関する情報を共有し、居宅サービス計画（ケアプラン）原案で整理した解決すべき課題とその解決の方向性、具体的な支援の方針などを共有します。
- 多職種によるアセスメントの結果の共有や居宅サービス計画の原案に対する専門的見地からの意見を集め、利用者の目指す生活の実現に向け、多角的な視点で検討することが重要です。
 - 介護支援専門員には、これら多職種の意見を踏まえ、総合的な支援を行うために必要かつ適切なサービスの位置づけを行うことが求められます。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割 (4)サービス担当者会議（2/2）

- 居宅サービス計画（ケアプラン）原案の検討では、併せて作成される個別サービス計画との整合性を確認することも重要です。
- なお、要介護更新認定の申請、要介護状態区分の変更の申請に伴うサービス担当者会議では、利用者や家族の状態の変化に関する情報を共有し、居宅サービス計画（ケアプラン）の変更の必要性について確認します。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(5)モニタリング及び評価 a:モニタリング (1/3)

- サービスの利用開始とともに介護支援専門員は、居宅サービス計画（ケアプラン）に位置づけたケアの実施状況を確認します。
- 居宅サービス計画（ケアプラン）の実施状況や利用者と家族の状況について利用者とその家族、またサービス担当者等との継続的な連絡調整を行い、少なくとも一月に一回利用者宅を訪問し面接します。
- モニタリングは単にケアの提供状況を確認するだけでなく、多職種の多角的な視点、サービス提供によって明らかになったことや新たな課題等を把握・共有するという意味を持ちます。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(5)モニタリング及び評価 a:モニタリング (2/3)

- モニタリングの視点は、ケアの提供側向けの視点と、利用者やその家族向けの視点に整理できます。
- ケアの提供側向けの視点では、目標達成のために設定したサービスが妥当か、サービスの実施状況が援助方針や援助目標に合致しているか、目標の達成状況等が重要です。
- 利用者やその家族へのモニタリングの視点では、ケアの提供による効果と、利用者やその家族が目指す生活の実現に向かっていると実感しているか等を捉えることが必要です。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(5)モニタリング及び評価 a:モニタリング (3 / 3)

- モニタリングの結果を踏まえ、介護支援専門員には、利用者が適切かつ効果的にサービスや支援を利用できるように援助することが求められます。
- 現在の援助内容で生活を支えられていない場合は再アセスメントを行い、サービスや支援の組み合わせを再検討します。
- 新たに別の生活課題が発生している場合も、再アセスメントを行い、状況に合わせて居宅サービス計画（ケアプラン）を再作成します。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(5)モニタリング及び評価 b:評価

- モニタリングによる観察の積み重ねに基づき、一定期間のサービスの利用状況（実施状況）を振り返り、総括します。
- 介護支援専門員自身が行った利用者とその家族に対する支援やサービス提供事業者の諸活動を振り返ります。
- 具体的には、利用者とその家族の生活にどの程度効果的であったか、目標達成度、利用者とその家族の介護支援専門員への満足度、利用者の意欲を引き出したのか、ストレングスを活かした支援であったか等を整理し、改善すべき点を検証します。
- さらに、居宅サービス計画（ケアプラン）を構成する各要素について、適切に分析、設定、選択されていたかについての検証も必要です。

2. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(6) 終結及びフォローアップ

- 利用者のニーズが解消されたり、当面の介護給付サービスの利用の必要性がなくなったりした場合、ケアマネジメントの援助は終結します。
- さらに、ニーズが解決しサービス利用せずに生活できる、他機関（介護施設や居住系サービス）等への紹介、転居、死亡等といった場合があります。
- 終結する場合でも、利用者が現在の状況を維持できるように介護予防・日常生活支援総合事業を紹介するといったフォローアップが重要になります。

3. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割 (1)各プロセスにまたがって生じる業務 ①:介入

- ケアマネジメントプロセスは、一つひとつが順番に行われていくのではなく、利用者の状況に応じて重層的に進行していくことに特徴があります。
- 各プロセスにまたがって生じる介入や給付管理といった業務も介護支援専門員に求められる重要な役割です。
- 利用者や家族の状況等に関する随時の情報提供、苦情や事故発生時には、迅速に運営基準や保険者の定めに則って介入をするなどの対応をします。

3. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割 (1)各プロセスにまたがって生じる業務 ②:給付管理

- 居宅介護支援事業者が行うべき給付管理業務として、「毎月市町村（国保連が委託を受けて実施）に対し、居宅サービス計画に位置付けられている指定居宅サービスに関する情報を記載した文書を提出しなければならない。（基準第14条）」と規定されています。
- 要介護認定に基づく要介護度に応じて、保険給付の額に制限がある、区分支給限度額が設定されており、サービスの利用状況により、当該額を超える場合には、超えた分のサービス利用に係る費用は利用者負担となります。

3. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(1)各プロセスにまたがって生じる業務 ③:その他の業務 (1/2)

- 居宅介護支援事業者は、従業者、設備、備品、会計に関する記録を整備するほか、利用者に関する文書をその完結の日から原則として二年間保管しなければなりません。
 - ただし、条例により保管年月は異なります。
- 保管する文書は次のとおりです。

保管する文書

サービス事業者等との連絡調整に関する記録

居宅介護支援台帳

- 居宅サービス計画
- アセスメントの結果の記録
- サービス担当者会議等の記録
- モニタリングの結果の記録
- 苦情の内容等の記録
- 事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録

3. 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(1)各プロセスにまたがって生じる業務 ③:その他の業務 (2/2)

- 各プロセスにまたがって生じる業務として、サービス担当者会議の運営も重要です。
- サービス担当者会議は、ケアチームの合意形成の場であり、個別サービス事業所がそれぞれ検討してきた個別サービス計画の原案を修正する必要も出てきます。
- 運営にあたっては以下のような点に留意することが必要です。

サービス担当者会議の運営のポイント	
①	所属する事業所のスーパーバイザーの指導を仰ぐ。
②	利用者の生活上の課題が多岐に渡る場合や、虐待の疑いやインフォーマルな支援が必要な場合など支援困難な事例については、地域包括支援センターに協力を仰ぐ。
③	地域ケア会議を活用する。

振り返り



【個人ワーク】
15分

- ここまで、ケアマネジメントのプロセスに関する「知識・技術の基本的理解」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ ケアマネジメントプロセスの構成と流れ
 - ✓ 各プロセスの意義と目的
 - ✓ 各プロセスの関係性
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

実践的に活用する上での留意点

実践的に活用する上での留意点

- 前提として、介護保険制度において、介護支援専門員の業務上の責務、最低限の業務内容及び手順は、指定基準及び解釈通知に定められています。
- ケアマネジメントプロセスと運営基準の条文を照らし合わせて、制度上、各手順で介護支援専門員が行うべきことを理解することが重要です。

終わりに

- 以上で本科目で予定された座学の内容は終了です。
- 科目のはじめに確認した修得目標は達成できたでしょうか。
- 理解が曖昧な部分は振り返りをして、確認テストを受けた後、研修記録シートを作成してください。



※研修記録シートなど修了評価に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。



受講お疲れ様でした。